



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2010  
FOLIO

160621417

OR6.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Apellido paterno			Apellido materno		
Nombre(s)								
2. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99			3. SEXO		
						Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			6. PESO			7. TALLA		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			Kilogramos 3.000 Gramos			Metros 1.60 Centímetros		
8. FECHA DE NACIMIENTO								
						Día 16	Mes 03	Año 2016
9. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora Minutos			Para menores de un día Horas		
			Para menores de un mes Días			Para menores de un año Meses		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:								
10. ESTADO CONYUGAL								
			En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)								
11.1 Calle y número			11.2 Colonia			11.3 Localidad		
Av. Bustamante 2345								
11.4 Municipio o delegación						11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD						13. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99								
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10								
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						14.1 Número de seguridad social o afiliación		
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8								
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99								
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN						15.1 Nombre de la unidad médica		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9								
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8								
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN						16.3 Localidad		
16.1 Calle y número			16.2 Colonia			16.4 Municipio o delegación		
Av. Bustamante 2345								
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN						18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
10/10/2016 16:16:16						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
Día 10	Mes 10	Año 2016	Horas 16	Minutos 16		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?								
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
PARTE I								
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente								
Causas antecedentes						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Estados morbosos, si existieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica								
a)			Debido a (o como consecuencia de) Sangrado peritoneal					
b)			Debido a (o como consecuencia de) Móvil Sepsis					
c)			Debido a (o como consecuencia de) Neumonía Izquierda					
d)								
PARTE II								
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo								
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS						22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
23.1 Fue un presunto accidente			23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?					
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			Se ignora <input type="radio"/> 9					
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión								
23.7.1 Calle y número			23.7.2 Colonia			23.7.3 Localidad		
23.7.4 Municipio o delegación						23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE						25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s) Bibiana			Apellido paterno Rodríguez			Apellido materno Sosa Madre		
26. CERTIFICADA POR						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3			Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5			Número de la cédula profesional		
			Otro <input type="radio"/> 8					
28. NOMBRE						29. TELÉFONO		
Nombre(s) Alejandra								
30. DOMICILIO						31. FIRMA		
Av. Bustamante 2345								
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN								
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO						34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad								

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160621417

REG. CIVIL